HOSPITAL
NIPO-BRASILEIRO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a) _____

_____, portador(a) do RG _____

foi submetido(a) a exame de _____, das _____ às _____,

_____ de _____ de _____, acompanhado(a) por _____

_____, portador(a) do RG _____

e _____

_____, portador(a) do RG _____.

_____

Assinatura e carimbo do médico responsável